La Lettre de la SFED

Président : Dr. Bertrand NAPOLEON
35, rue Bataille
69008 Lyon
Tél. : 04 78 78 10 51
Fax : 04 78 74 07 92
e-mail : bertrand.napoleon@libertysurf.fr

Vice-Président : Dr. Jean-Christophe LETARD
Polyclinique de Poitiers
1, rue de la Providence
86035 Poitiers
Tél. : 05 49 61 72 65
Fax : 05 49 61 72 01
e-mail :
jean-christophe.letard@polycliniquepoitiers.fr

Secrétaire Général : Pr. Gérard GAY
CHU de Nancy/Hôpitaux de Brabois
Unité de Médecine Interne à orientation digestive
54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. : 03 83 15 43 66
Fax : 03 83 15 40 12
e-mail : g.gay@chu-nancy.fr

Secrétaire Général Adjoint : Dr. Jean-Pierre ARPURT
CH - BP 347
35, rue Raoul Follereau
84029 Avignon Cedex
Tél. : 04 32 75 33 91
Fax : 04 32 75 33 92
e-mail : jparpurt@ch-avignon.fr

Secrétaire International : Pr. Thierry PONCHON
Hôpital Edouard Herriot
5, place d'Arsonval
69437 Lyon Cedex 3
Tél. : 04 72 11 01 46
Fax : 04 72 11 01 47
e-mail : thierry.ponchon@chu-lyon.fr

Trésorier : Dr. Pierre-Adrien DALBIES
30, boulevard du Président John Kennedy
34500 Béziers
Tél. : 04 67 31 79 89
Fax : 04 67 31 79 51
e-mail : pa.dalbies@wanadoo.fr

Trésorier-Adjoint : Dr. Christian BOUSTIERE
Les Santonniers 2, bâtiment 6 - allée Robert Govi
13400 Aubagne
Tél. : 04 42 03 43 55
Fax : 04 42 03 01 33
e-mail : boustiere@wanadoo.fr

Membres du Conseil d'Administration :
Pr. Jean BOYER, *Angers*
Dr. Jean-Marc CANARD, *Paris*
Dr. Jean CASSIGNEUL, *Toulouse*
Pr. Jean ESCOURROU, *Toulouse*
Pr. René LAUGIER, *Marseille*
Dr. Laurent PALAZZO, *Paris*
Dr. Bruno RICHARD-MOLARD, *Bordeaux*
Pr. Denis SAUTEREAU, *Limoges*
Dr. Gilbert TUCAT, *Paris*
Dr. Bruno VEDRENNE, *Mulhouse*

Club Vidéo-Capsule :
Président : Pr. Denis HERESBACH
CHU - 35033 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 28 43 47
Fax : 02 99 28 41 89
e-mail : denis.heresbach@chu-rennes.fr

Club de Thérapie Photo-Dynamique :
Président : Pr. Jean BOYER
CHU Larrey - 49033 Angers Cedex 01
Tél. : 02 41 35 34 07
Fax : 02 41 35 53 86
e-mail : jeboyer@chu-angers.fr

Secrétaire : Dr. Vincent MAUNOURY, *Lille*

Trésorier : Pr. Philippe DUCROTTE, *Rouen*

Club Français d'Echo-Endoscopie :
Président : Pr. Marc BARTHET
Hôpital NORD
Chemin des Bourrely
13915 MARSEILLE CEDEX 20
Tél. : 04 91 96 87 37
Fax : 04 91 96 13 11
e-mail : mbarthet@mail.ap-hm.fr

Secrétaire : Dr. Christine LEFORT, *Lyon*

Trésorier : Dr. Stéphane CARPENTIER, *Angers*

# VIDÉO-DIGEST 2006

## les 2 et 3 novembre 2006
## Porte Maillot
## Palais des Congrès de Paris

Sommaire

• Editorial . . . . . P. 504
•Compte-rendu de la huitième journée de réflexion sur l'endoscopie digestive en France . . . . . P. 505
•Point sur l'observatoire de la mucosectomie . . . . . P. 507
•Rapport de la commission d'étude juridique de la SFED . . . . . P. 508
•Accréditation des médecins. Mode d'emploi . . . . . P. 508
•Evolution des GHM/GHS de la CMD 24 . . . . . P. 510
•Remise des prix SFED/TAKEDA . . . . P. 511
•Réunions sous l'égide de la SFED . . P. 516

*Bonjour à tous,*

L'action de la SFED s'est poursuivie ces derniers mois grâce au travail de l'ensemble du Conseil d'Administration. Votre soutien nous est toujours essentiel et l'importance de vos adhésions (plus de 1200 membres à jour de cotisations avec 50 nouveaux membres cette année) prouve votre attachement à notre société et nous conforte dans notre travail. Lors de ce Vidéo-Digest nous vous soumettrons des modifications de statuts et de règlement intérieur. Si vous les validez elles permettront, entre autres, de limiter à 4 ans le mandat des membres du CA, de devenir totalement paritaire privé-public en incluant un membre PH de CHU (non représentés à ce jour) et de dédommager l'action de ceux qui sont mandatés par la SFED pour défendre vos intérêts. Ce dernier point est fondamental pour la pérennité de l'action de la société en des temps où les sollicitations institutionnelles sont toujours plus nombreuses.

Les actions marquantes de ce semestre sont en partie détaillées dans cette lettre. Vous avez en particulier un résumé de certaines des communications qui ont été faites lors de la 8e journée de réflexion en janvier 2006 avec l'état d'avancement des travaux sur les sujets les plus sensibles.

La 9e journée de réflexion se déroulera à Marseille le 20 janvier 2007. Elle sera comme l'année dernière couplée à la réunion du Club Français d'Echoendoscopie et à une réunion de la Commission Capsule. Les sujets principaux concerneront: les actualités de l'AFSSAPS – la CCAM et l'implication nécessaire des sociétés savantes, sur le versant scientifique, pour débloquer la situation actuelle (remise en cause de la valeur injuste des points-travail attribués à la coloscopie et à la gastroscopie, valorisation des actes nouveaux…) – l'avenir de l'endoscopie face aux nouvelles techniques. Nous aurons comme objectif principal de souligner encore et toujours l'importance de l'endoscopie dans le diagnostic et le traitement des pathologies cancéreuses auprès de nos différents interlocuteurs institutionnels.

Notre désir de se rapprocher des autres sociétés savantes ou des structures qui comptent dans notre profession continue à se formaliser.

– Vous pourrez constater par vous même que la nouvelle formule de Vidéo-Digest accolé au Séminaire de formation de la SNFGE est un succès aussi bien au niveau de la participation que de l'avis des industriels. Le nombre d'hépatogastroentérologues inscrits aux trois jours, montre l'intérêt qu'ils portent au couplage de nos deux réunions de FMC qui rationalise les déplacements et les moyens. Pour la première fois, les membres du GIFE (infirmières et aides-soignantes) pourront assister à une partie des représentations en direct dans le grand amphithéâtre. Un séminaire spécifique aux internes DES organisé par la CDU-HGE sera inclus le deuxième jour. Nous espérons que les internes profiteront de la possibilité que nous leur avons offerte d'assister au congrès dans son ensemble et qu'ils appréhenderont ainsi l'importance de l'endoscopie… et de soutenir les sociétés savantes.

– Un travail collaboratif est en cours avec le SYNMAD pour défendre au mieux l'endoscopie hors établissement de santé.

– De nombreuses autres actions se déroulent en partenariat avec la SNFGE, la SNFCP, la FFCD, le CREGG et d'autres...

– La SFED est par ailleurs impliquée au premier plan dans la création de la fédération qui regroupe les dix organismes les plus importants de notre spécialité. En tant que président de ce nouvel organisme, j'aurais à coeur de poursuivre une action de rassemblement pour que l'expression des différentes sensibilités soit au mieux respectée et pour que les actions soient en harmonie avec l'intérêt général. L'EPP et la FMC sont des sujets où notre implication à titre scientifique reste majeure. Un référentiel de recommandations de la SFED pour l'évaluation de la pratique sera disponible aux prochaines journées francophones et pourra servir de support aux différents organismes agréés. Nos prochaines actions ou participations tiendront compte des modifications à venir sur l'accréditation des pratiques à risques ou sur la FMC.

Dans les nouveautés, on peut souligner la totale refonte du site internet. Cela aura demandé de nombreuses heures de travail pour l'équipe en charge du projet qui aura le plaisir de vous le présenter lors de Vidéo-Digest. La nouvelle formule sera plus séduisante et plus pratique et nous espérons vous retrouvez encore plus nombreux à consulter le site sfed.org.

Pour finir, je souhaiterais remercier l'ensemble du Conseil d'Administration pour le travail fourni et pour les nombreuses heures passées sur un projet ou sur une action. J'espère que tous auront eu le sentiment d'être valorisé à la hauteur de leur investissement. Ce n'est en tout cas qu'un travail d'équipe qui peut permettre de répondre aux objectifs toujours plus nombreux que nous nous fixons ou que les institutionnels nous « imposent »... ! L'équipe c'est aussi des membres extérieurs au CA et qui auront largement contribué, par leur dynamisme, à notre action. Je voudrais en particulier remercier Anne Calazel-Benque pour son soutien sans faille pour le dépistage du cancer colo-rectal, Bernard Croguennec pour son implication dans l'analyse de la T2A et de l'accréditation des pratiques à risques, Denis Heresbach pour son travail de Président de la Commission Capsule et pour son investissement dans le protocole coloscopie virtuelle et dans l'observatoire de la mucosectomie.

En vous souhaitant à tous un bon Vidéo-Digest.

**Bertrand NAPOLÉON**

# Compte-rendu de la huitième journée de réflexion sur l'endoscopie digestive en France

**T. Manière, J.M. Canard, J.P. Arpurt, B. Napoléon**

21 janvier 2006 et évolution depuis 10 mois

## HYGIÈNE EN ENDOSCOPIE

### Etat d'avancement du guide « bonnes pratiques de désinfection de dispositifs médicaux » (Pr Pozetto pilote du groupe à la DGS).

Le guide est basé sur 3 points fondamentaux.

#### 1) Le contrôle microbiologique des endoscopes thermosensibles

Ce contrôle sera à la fois systématique (portant sur le parc des endoscopes et la validation des procédures de désinfection) et circonstanciel (vérifier l'état de l'endoscope dans des situations particulières). Le rythme des contrôles sera au moins annuel. La fréquence sera renforcée en cas d'acquisition d'un nouveau dispositif, retour de maintenance, changement de procédure dans l'entretien des endoscopes ou alerte de matériovigilance. Les prélèvements seront réalisés après une durée de stockage d'au moins 12 h, au niveau de tous les canaux et par 2 préleveurs en tenue adaptée. Les prélèvements seront réalisés par l'injection de solution de prélèvement dans les canaux à l'aide d'une seringue stérile et recueil d'au moins 80 % de la solution injectée. L'analyse des prélèvements recherchera des micro-organismes marqueurs de contamination et de culture facile à mettre en œuvre. Les valeurs cibles sont une flore < 1 UFC pour les endoscopes pénétrant dans les cavités stériles, ≤ 10 UFC pour les endoscopes digestifs et l'absence de bactéries pathogènes. En cas de valeur alerte, il faudra réaliser de nouveaux contrôles. En cas de persistance du niveau d'alerte ou de niveau action d'emblée, il faudra rechercher un dysfonctionnement de la procédure de nettoyage, de désinfection ou de stockage, du prélèvement ou de l'endoscope lui-même. Il faudra identifier le problème et envoyer l'endoscope en réparation si nécessaire.

#### 2) Traçabilité en endoscopie

Le principe de la traçabilité en endoscopie repose sur un enregistrement en temps réel des paramètres humains (patients et opérateurs), techniques (actes endoscopiques), matériels (endoscopes, laveurs-désinfecteurs et matériels satellites à usage unique ou non) ainsi que des procédures de traitement des endoscopes (produits biocides, technique).

#### 3) La maintenance des endoscopes (C. Boustière)

Les endoscopes sont des dispositifs médicaux classés 2A : aucun contrôle ou maintenance n'est obligatoire. On note une stagnation du nombre d'endoscopes optiques (7 %) ou d'endoscopes de moins de 4 ans. L'usure des endoscopes dépend du type d'appareil (coloscope > gastroscope), du nombre d'examens par an, du nombre d'utilisateurs et du mode de désinfection. Les pannes les plus fréquentes sont les fuites des gaines distales. Un appareil peut toujours être réparé jusqu'à 10 ans d'âge. Le taux de réparation des endoscopes est plus faible la première année, mais est stable de 1 à 5 ans. La maintenance des endoscopes souples est actuellement non obligatoire, mais devrait prochainement le devenir à un rythme probable de 1 fois par an. La maintenance est réalisée sur place par le service biomédical si disponible ou en externe par le constructeur ou une société de service. Il pourra être nécessaire de l'intégrer dans un contrat spécifique (taux de contrat de maintenance actuel de 25-30 %).

***Etat actuel (C. Boustière):*** le guide est en cours de finalisation. Le guide maintenance allégé est finalement inclus dans le guide traçabilité. Les recommandations ont été globalement modifiées sur de nombreux points et sont plus en rapport avec les données scientifiques réelles, le coût induit et la pratique quotidienne. Quelques points inacceptables (contrôle microbiologique systématique après retour de maintenance, traçabilité du début et de la fin de l'endoscopie) doivent être modifiés avant un accord final de la SFED.

#### Evolution du stockage en endoscopie (B. Marchetti)

Les règles de séchage sont différentes en France où un séchage rigoureux en particulier des canaux est recommandé, alors qu'en Angleterre et aux Etats-Unis, l'utilisation d'alcool est recommandée. De même, les règles de stockage sont différentes. En France, les endoscopes doivent être stockés dans un endroit propre et sec à l'abri de toute source de contamination microbienne dans une enceinte adaptée, alors que la position verticale est recommandée aux Etats-Unis et en Angleterre et dans un

milieu ventilé en Angleterre. Lorsque l'endoscope a été stocké pendant douze heures ou plus, une désinfection de niveau intermédiaire pour le matériel semi-critique s'impose avant le premier acte endoscopique en raison du risque de prolifération bactérienne. Un endoscope stocké depuis plus d'une semaine devrait subir un cycle complet de traitement. L'avenir en France sera probablement la suppression du lavage du matin au profit de l'utilisation d'armoires de séchage stockage. Les appareils actuellement disponibles sont : 1) *Hysis AS300* permettant le stockage de 10 endoscopes en position verticale dans un sac stérile où l'air est traité par un filtre HEPA à flux unidirectionnel ; 2) *Lancer FD8* permettant le stockage de 8 endoscopes en position horizontale dans des plateaux où l'air est traité par un filtre HEPA et UV ; 3) *Wassenburg Dry 200* permettant le stockage de 8 endoscopes en position verticale où l'air est traité par un filtre HEPA ; 4) *CISA* permettant le stockage de 6 endoscopes en position horizontale dans des valises où l'air est traité sous un filtre HEPA. Ce système permet également la désinfection de l'endoscope.

***Etat actuel (T. Ponchon) :*** les modifications concernant les règles de stockage devraient être intégrées dans la révision de la circulaire 138. Celle-ci reste cependant toujours au point mort, officiellement pour des problèmes de personnel à la DGS…

## T2A : GHM/GHS

### Impact de l'introduction des GHM et GHS sur la pratique (B. Croguennec)

- *Est-il logique de transférer certaines activités d'ambulatoire vers l'hospitalisation complète ?*

Il existe des GHM spécifiques dépendant de l'acte (CMD24 et CMD17) qui valorisent les actes et qui sont plus homogènes entre les établissements, et des GHM d'hospitalisation (CMD06 et CMD07) qui valorisent la pathologie où la prise en compte des actes est diluée par le coût d'hébergement et de structure. De plus, le coût du matériel dans le GHM est peu important par rapport au coût du personnel et de la structure. Donc, il ne sert à rien de vouloir déplacer une activité d'ambulatoire vers une hospitalisation uniquement sur la base du tarif du GHM.

- *Pourquoi un GHM de la CMD 17 rapporte plus sans endoscopie qu'avec endoscopie ?*

Si le GHM sans acte est mieux rémunéré que celui avec acte ceci est lié au séjour. Le type de patient est différent (plus proche de « soins palliatifs » pour l'un, plus proche d'un « bilan d'évaluation » pour l'autre) et la DMS est plus longue pour le premier avec une charge d'hébergement plus importante.

La T2A a pour effet pervers d'entraîner la segmentation des actes en plusieurs séjours. Mais cette pratique fait prendre un double risque anesthésique juridiquement coupable ; et entraîne l'incompréhension des patients. Le remplacement dans les textes du mot « invasif » par les mots « actes dont la réalisation en Etablissement de Santé est nécessaire à la sécurité des Soins montre la reconnaissance de la nécessaire qualité de l'environnement avec le GHM 24K03Z pour les actes d'endoscopie sans anesthésie.

- *Quelle méthodologie pour restructurer un GHM (M^me^ Mendelsohn médecin responsable à l'ATIH, M^me^ Aoustin responsable de la Mission T2A)*

La version 10 de la classification des GHM est une 2^e^ étape d'adaptation à la T2A. La 1^re^ étape (version 9) était une incitation à l'ambulatoire. La 2^e^ étape vise à répondre aux demandes spécifiques. Dans le domaine de l'endoscopie, il est décidé une amélioration de la CMD 24 du fait de la spécialisation de certaines cliniques et de la part importante de cette CMD dans le privé. Les modifications de la CMD 24 sont la limitation des transferts à destination des MCO, la création de nombreux GHM dans les sous-CMD et la révision des GHM d'endoscopies. Pour les séjours avec endoscopie, le mode de segmentation théorique se fera par appareil, diagnostique ou thérapeutique, avec ou sans AG. Les problèmes résident dans les GHM positionnés « haut » dans l'arbre de la CM 24 et l'écho-endoscopie. Il devrait y avoir un effet classant pour certaines endoscopies thérapeutiques comme pour les actes opératoires.

- *Quel avenir pour les endoscopies hors des établissements de santé ? (J.F. Roques)*

De 1998 à 2004, on note une diminution de la réalisation des actes endoscopiques au cabinet passant de 15 % à 10 % tous actes confondus et de 20 % à 15 % des endoscopies digestives hautes. Ceci est en partie lié aux coûts qui sont augmentés du fait de l'utilisation d'acide peracétique et de matériel à usage unique. On assiste parallèlement à l'augmentation des endoscopies hautes sous AG (de 36 % à 59 %). L'endoscopie en établissement de santé permet plus de confort, mais entraîne une perte d'autonomie, des coûts supplémentaires pour la société et l'augmentation des endoscopies sous AG. Une voie d'avenir est le développement de centres d'endoscopie libérale rémunérés où se pratiqueraient les endoscopies sans AG selon des critères de qualité définis.

***Etat actuel (B. Croguennec, B. Napoléon)***

– A la demande de la SFED la v10 a créé de nouveaux GHS permettant de mieux coller à la réalité du coût des endoscopies thérapeutiques réalisées en ambulatoire.

– Un GHS spécial (GHS 9600) a été créé cet été et finalise à 75 euros la prise en charge pour l'établissement de l'endoscopie sans anesthésie.

Voir page 8, Evolution des GHM/GHS de la CMD 24.

– Une réflexion commune SFED/SYNMAD est en cours pour débloquer la situation de l'endoscopie hors établissement de santé. Le principe serait de valoriser (selon le même principe que dans les établissements de santé) des structures d'endoscopie sans anesthésie répondant à un cahier des charges précis. Elles seraient alors être susceptibles d'être soumises à un contrôle extérieur.

## ENDOSCOPIE : PRATIQUE DE DÉPISTAGE

Le dossier et les outils du dépistage du cancer colorectal (T. Ponchon).

Pour le dépistage de masse, il y a une harmonisation de tous les outils (lettre, diaporama…) entre la SFED et la SNFGE, une intensification de la communication auprès des médecins généralistes. Des fiches explicatives seront bientôt disponibles. Pour le dépistage ciblé, les outils sont : lettre aux généralistes, lettre aux familles de patients à risque (disponible sur le site www.sfed.org) et des posters pour les salles d'attente.

***Etat actuel (T. Ponchon) :*** les outils sont en cours de diffusion par Sanofi-Aventis et Ferring.

# Point sur l'observatoire de la mucosectomie

**Denis Heresbach**

L'observatoire de la Mucosectomie en Gastroentérologie et Anatomie-pathologie (OMEGA) est donc mis en place sous l'égide de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) en partenariat avec les Laboratoires Bayer Santé Familiale (BSF) et la déclaration des cas a débuté le 15 juin 2006.

Ainsi, 3 700 gastroentérologues français ont été sollicités par courrier et 761 ont déclaré réaliser régulièrement la mucosectomie dont 561 (76 % des pratiquants) ont accepté de participer à cet observatoire prospectif et consécutif : 65 % avaient un exercice libéral et 35 % un exercice hospitalier ou hospitalo-universitaire. La définition communément admise de la mucosectomie digestive est définie pour 85 % des participants par une ablation per-endoscopique après injection sous-muqueuse, dont 33 % n'attribuaient ce terme que pour les lésions de plus de 1 cm. Parmi les 561 participants, 59 %, 23 % et 18 % déclaraient pratiquer usuellement leurs mucosectomies en hospitalisation ambulatoire, de semaine ou traditionnelle en réalisant en moyenne annuellement 27 (médiane 17) mucosectomies. Ce chiffre recouvre une hétérogénéité puisque 100 % des participants réalisaient des mucosectomies colorectales alors que seulement 12 %, 22 % et 31 % réalisaient personnellement des mucosectomies œsophagiennes duodénales ou gastriques.

Après 1 mois et demi de déclarations, 161 des 561 participants (29 %) ont déclaré 213 cas de mucosectomies. Les 161 déclarants et les 561 participants déclarés seront régulièrement sollicités, afin de pouvoir faire participer l'ensemble des 561 participants déclarés et surtout de maintenir le rythme de déclaration ainsi que l'enregistrement des résultats anatomo-pathologiques ou des contrôles endoscopiques ultérieurs. Il est primordial de maintenir ce rythme de déclarations pour obtenir une photographie la plus exacte possible de la mucosectomie endoscopique digestive durant une année civile. En partenariat avec les Laboratoires Bayer Santé Familiale, nous ferons régulièrement le point sur les déclarations par l'intermédiaire d'un « SFED-News » disponible sur le site de la Société Française d'Endoscopie Digestive et auprès de notre partenaire BSF. D'ores et déjà nous vous proposons, au-delà du nombre et du rythme d'inclusions, de vous faire part des premiers résultats médicaux de la mucosectomie lors des 9e Journées de réflexion de la SFED (Marseille le 20 janvier 2006) et lors du Symposium SFED des Journées Francophones de Pathologie Digestive (Lyon en mars 2006). Les résultats globaux après 12 mois de déclaration pourront vous être communiqués à Vidéodigest en novembre 2007.

# Rapport de la commission d'étude juridique de la SFED

**Responsable : Jean Cassigneul**

Jean CASSIGNEUL, 1, avenue Sans, 31300 TOULOUSE
Tél : 05.62.21.16.02 – Fax : 05.62.21.17.14
jeancassigneul@wanadoo.fr

*Membres appartenant au Conseil d'Administration :*
Gérard GAY, Bertrand NAPOLÉON

*Membres n'appartenant pas au Conseil d'Administration :*
Jean-Stéphane DELMOTTE, Raymond LEFEVRE

Au cours de l'année 2006 nous avons été sollicités à plusieurs reprises par des confrères ayant des problèmes juridiques et souhaitant bénéficier de conseils pour la meilleure utilisation possible de leur dossier. Nous rappelons que nous sommes ni des avocats, ni des juges, mais des experts en endoscopie.

Parmi les cas les plus remarquables celui d'un confrère mis en cause à la suite du décès d'un patient par infarctus du myocarde dans les suites immédiates d'une endoscopie pour la réalisation de laquelle les anti-coagulants avaient été arrêtés en raison de la mise en place d'une endoprothèse coronarienne de type « Stent actif ». A l'étude du dossier, il apparaissait que les procédures de suspension des anticoagulants avaient été respectées, tant dans leurs délais que sur le plan technique, conformément aux recommandations de la fiche technique de la SFED parue en avril 2005.

Ce cas nous a paru remarquable car il attire l'attention sur le risque que représente l'arrêt ou la poursuite des anti-coagulants avant les endoscopies digestives, diagnostiques ou thérapeutiques. La multiplication des indications des traitements anticoagulants ou anti-plaquettaires (AVC, fibrillation auriculaire, stents coronariens ou périphériques, thromboses veineuses périphériques, valves cardiaques, artériopathie ou simplement personnes âgées, …) rend ces situations très fréquentes.

Nous attirons donc l'attention de tous nos membres sur la nécessité absolue d'appréhender ces cas particuliers avec la plus grande prudence. Pour le cas particulier des stents actifs, il est vivement recommandé de poser les indications des endoscopies à l'issue d'une réunion pluridisciplinaire avec les cardiologues et les anesthésistes, réunion formelle ou informelle (téléphone, courriers) dont il doit rester une trace dans le dossier du patient.

Pour l'année 2007, les projets de la commission d'étude juridique sont les suivants :

– Poursuite de l'activité de conseil pour nos membres dans le respect total de l'anonymat et du secret professionnel.

– Recensement des membres de la Société Française experts auprès des tribunaux de façon à pouvoir disposer d'une liste d'experts rompus aux problèmes de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique et de pouvoir la diffuser auprès de tous les tribunaux français.

– Publication des cas juridiques remarquables et d'intérêt pédagogique pour l'ensemble des sociétaires.

– Mise en place d'un registre de morbi-mortalité afin d'étudier les problèmes rencontrés au cours ou à l'issue des endoscopies à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, et de voir quelles sont les mesures préventives à appliquer et à préconiser pour améliorer la sécurité de notre pratique quotidienne.

# Accréditation des médecins. Mode d'emploi

**Bernard Croguennec**

le 11 septembre 2006

Les lois relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie des 9 et 13 août 2004 ont introduit, ou précisé, la place de la Formation Médicale Continue des Médecins ainsi que l'Evaluation de leurs Pratiques Professionnelles. C'est cette « **évaluation formative** » que les médecins auront à mettre en œuvre dans les années à venir.

**L'accréditation des médecins** est une manière de valider cette évaluation des pratiques, mais elle fait également partie d'une **Gestion des Risques** médicaux avec la déclaration obligatoire des événements indésirables graves.

1. Les bases de la FMC/EPP :

   a. La parution de l'arrêté du 13 juillet 2006. apporte une précision sur les « points crédits » que tout médecin doit obtenir pour satisfaire ses obligations de Formation.

b. Sur les 250 points crédits à valider sur 5 ans 100 points doivent être obligatoirement liés à une Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP).

c. Les autres points crédits seront obtenus par :
   i. des formations présentielles (congrès, journées de formation…) ;
   ii. des formations individuelles et à distance (livres, abonnements, supports électroniques…) ;
   iii. des situations professionnelles formatrices (stages, staffs protocolés, participation à des Missions d'intérêt général, à des jurys…).

2. Les bases de l'EPP :
   a. Le décret du 14 avril 2005 définit l'EPP comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode qui inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».
   b. Les méthodes validées par l'HAS offrent plusieurs possibilités fondées sur la mesure *a posteriori* des écarts entre la pratique et un référentiel (audit) ou sur des approches plaçant l'évaluation au sein de la pratique quotidienne (arbre décisionnel, revue de mortalité morbidité…).
   c. En 2006, d'autres méthodes seront validées, réunion de concertation pluridisciplinaire, staff protocolé, réseaux de soins, indicateurs qualité…
   d. La validation de l'EPP se fera par l'intermédiaire d'un organisme agréé EPP et sera acquise pour 5 ans.

3. Les bases de l'accréditation des médecins :
   a. Le décret du 21 juillet 2006 précise les modalités d'application de cette accréditation des médecins ou des équipes médicales exerçant en établissement de santé.

      Dans ce dernier cas des équipes médicales, l'accréditation est délivrée individuellement à chacun des médecins de l'équipe.
   b. Cette démarche est proposée :
      i. à des spécialités « à risques » dont fait partie « la gastroentérologie » interventionnelle (endoscopie),
      ii. d'une manière facultative,
      iii. pour une validation de 1 an à la 1re inscription puis de 4 ans.
   c. L'accréditation repose sur la déclaration des Evénements Porteurs de Risque (EPR), qui sont des événements indésirables qui auraient pu aboutir à des événements indésirables graves. L'analyse de ces EPR a pour but de définir une attitude préventive ultérieure. Cette déclaration :
      i. se fait à un Organisme Agréé Accréditation ;
      ii. respecte les modalités d'anonymat du patient ;
      iii. alimente, avec les Evénements Indésirables Graves (EIG) une base de retour d'expérience (REX) gérée par l'HAS.
   d. L'engagement puis la validation de cette procédure d'accréditation :
      i. constitue une modalité de satisfaction à l'obligation d'EPP,
      ii. peut induire une aide, partielle, à la souscription de l'assurance de responsabilité civile des médecins (décret correctif en attente).

4. Les modalités pratiques de l'accréditation des médecins comportent :
   a. Un engagement de déclaration des EPR à un Organisme Agréé, et de mise en œuvre de recommandations individuelles ou générales. La nécessité de fournir un bilan annuel de cette démarche.
   b. Comment reconnaître un EPR ?
      i. la définition.

         Il faut considérer les EPR comme des événements dont l'évolution vers un événement indésirable est évité par une intervention correctrice immédiatement mise en œuvre. Il existe donc, dans l'EPR une notion d'évitabilité et de résolution de problème dépendante de la réaction d'une personne ou d'une équipe.
      ii. Le recueil et l'analyse de ces EPR permettront d'établir des recommandations pouvant faciliter la mise en œuvre de ces actions correctrices ou favoriser la reconnaissance de circonstances favorables dites « précurseurs ».
      iii. Quelques caractéristiques :
         - Erreurs humaines : erreurs de routine, de manque de connaissance ou de réaction à la résolution d'un problème. La culture de gestion des risques doit se faire avec une approche positive et non punitive de l'erreur.
         - Notion de déviance : adaptation déviante progressive d'un protocole souvent vécue comme source de bénéfice avant d'être reconnue comme un risque.
         - Défaillance dune organisation : ces EPR sont souvent une chaîne de défaillance passant les mailles des différentes interventions.
      iv. Quelques exemples :
         - Mauvaise évaluation du risque hémorragique par interrogatoire préalable incomplet. Correction avant tout geste thérapeutique immédiatement avant l'examen.
         - Absence d'un document essentiel du dossier médical retardant un examen. Correction avant tout début d'examen
         - Mauvaise préparation colique. Analyse de sa fréquence pour modifier les protocoles de préparation.

- Branchement d'un endoscope inadapté pour l'examen envisagé. Correction immédiate par changement de matériel.
- Mauvaise connaissance de manipulation d'un instrument. Correction par connaissance personnelle de la manipulation.
- …

5. Comment gérer au mieux ces démarches ?
   a. Seule la démarche d'accréditation (EPR) est facultative.
   b. EPP/FMC et déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG) sont obligatoires
   c. Néanmoins, l'implication dans la démarche d'accréditation permet :
      i. de valider l'obligation d'EPP et d'obtenir 40 % des points de FMC nécessaires sur 5 ans ;
      ii. d'intégrer la démarche d'évaluation des pratiques médicales des Etablissements de Santé (références 44, 45, 46 de la Certification V2 des Etablissements de Santé).
      iii. De compléter la démarche obligatoire de déclaration des EIG constitutive d'une Gestion des Risques.
      iv. De s'impliquer dans une démarche globale de Qualité de la prise en charge des patients.

En conclusion : cette démarche d'accréditation, proche de la réalité de notre activité, potentiellement favorable à la diminution des risques et de ce fait à l'amélioration de la sécurité des patients, parait une alternative intéressante à l'EPP conventionnelle.

# Evolution des GHM/GHS de la CMD 24

**Bernard Croguennec**

le 10 septembre 2006

## INTRODUCTION

Dans la V10 de la T2A, mise en place depuis mars 2006, le GHM « endoscopie sans anesthésie » lors d'une hospitalisation de moins de 48 h avait donné lieu à des différences d'interprétation entre la Mission T2A de la DHOS et les Etablissements de Santé. Pour la DHOS cela concernait des patients hospitalisés moins de 48 h et ayant bénéficié d'une endoscopie comme seul acte classant dans un GHM, avec une notion de « bilan » d'une affection ayant motivé l'hospitalisation. Pour les Etablissements de Santé, ce GHM incluait les endoscopies sans anesthésie effectuées sur un plateau technique d'établissement de Santé.

Cette ambiguïté a été levée avec la publication le 25 août 2006 d'un arrêté distinguant les actes pris en charge dans le « secteur de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire » et les actes « nécessitant un secteur opératoire ». Une circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation, précise la notion d'acte « externe » comme étant des actes de médecine de « ville » hors établissement.

Cette notion introduit une tarification différente d'un même Groupe Homogène de Malade suivant son type de prise en charge. Il existera donc, pour les GHM d'endoscopie de la CMD 24, 2 tarifs de GHS pour un même GHM.

## QUELLES DIFFÉRENCES ENTRE GHS CLASSIQUES ET GHS 9600 ?

1. **Les GHM de la V10 de la CMD 24** correspondant à **des actes avec anesthésie** ne sont pas modifiés.

Les GHM 24K24Z, 24K26Z et 24K28Z sont effectivement des GHM « nécessitant un secteur d'hospitalisation ambulatoire ».

**Les actes (gastroscopie, coloscopie, coloscopie avec geste thérapeutique, CPRE avec geste thérapeutique…) avec anesthésie** 24K24Z, 24K26Z, 24K28Z ouvrent toujours droit aux GHS 8327, 8329, 8331 aux tarifs de 1 082,04 €, 480,70 €, 375,09 €.

C'est également le cas pour le GHM 24K25Z ou « autres endoscopies biliaires » qui comprend entre autre les EUS bilio pancréatiques et les CPRE diagnostiques. Ces examens réalisés avec anesthésie seront **sur un GHS 8328** correspondant à un tarif de 435,51 €, car nécessitant une hospitalisation dans « un secteur d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire ».

2. **Les GHM classiques sans anesthésie de la CMD 24** vont maintenant ouvrir droit soit à un GHS classique de la V10 soit au nouveau GHS 9600.

**Le GHM 24K27Z (Endoscopies thérapeutiques sans anesthésie)** incluant essentiellement des RSS et coloscopies avec polypectomie, et **le GHM 24K29Z**

**(endoscopies diagnostiques sans anesthésie)** incluant les gastroscopies, les RSS, les coloscopies et les échoendoscopies rectales sans anesthésie ouvriront droit :

- Aux GHS classiques de la V10 quand ces actes auront été réalisés au cours d'une **hospitalisation** de moins de 48 h.
- Aux nouveau GHS 9600 lorsque ces actes auront été réalisés sans hospitalisation. Ils sont alors considérés comme nécessitant un plateau technique dit « **secteur opératoire** ».

3. **La distinction sur un plan tarifaire sera faite sur le Résumé d'Unité Médicale** avec un code « 55 » pour le « secteur opératoire » différent du code « 11 » de l'autorisation de « secteur d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire ».
4. **Synthétiquement 3 situations de facturation** des prises en charge de moins d'une journée :
   a. Hospitalisation en secteur de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire » GHS 8327 à 8332.
   b. Uniquement réalisation d'un acte en « secteur opératoire » GHS 9600.
   c. Aucune des 2 situations précédentes (anuscopie, rectoscopie rigide) seul le tarif CCAM est applicable, il s'agit d'un acte externe « ou acte de cabinet » sans GHS pour l'établissement.

Dans le tableau comparatif suivant, les GHM/GHS qui seront les plus utilisés, car les plus logiques, sont surlignés en bleu ▶.

## TABLEAU COMPARATIF GHM/GHS *VERSUS* K/FSO

Les bases de comparaison sont :

- Valeur en K des actes avant la T2A (source NGAP)
- Valeur en K d'anesthésie le plus souvent K25
- Un K/FSO d'établissement à 3,30 € (Etablissement chirurgical ville moyenne)
  - o pour les actes en liste A1 100 % du FSO ;
  - o pour les actes en liste A2 75 % du FSO ;
  - o pour les actes en liste A4 20 % du FSO.

Ce tableau comparatif permet de clarifier les prises en charge **des actes d'endoscopie en Etablissement de Santé**, la valorisation de ces actes étant plus lisible dans les GHM spécifiques d'endoscopie (CMD24) où l'acte est « classant ».

L'acte d'endoscopie est **classant** dans un GHM de la CMD 24 avec un GHS 9600 lorsqu'il est pratiqué dans le cadre des actes de « secteur opératoire ».

Il est également **classant** dans les mêmes GHM mais avec des GHS mieux valorisés lorsqu'il est pratiqué avec anesthésie et avec une « hospitalisation en secteur de chirurgie et anesthésie ambulatoire ».

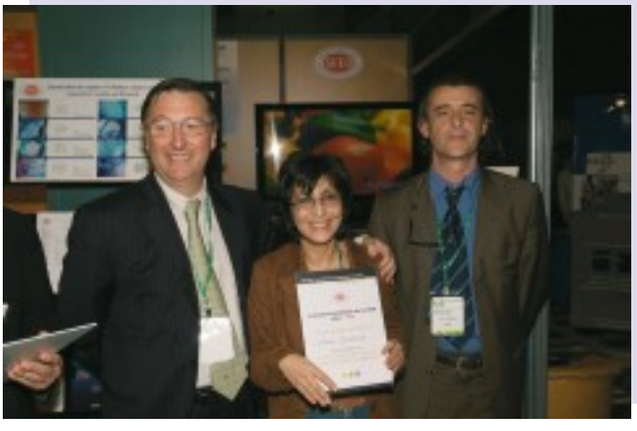
Il reste **classant** dans les mêmes GHM et GHS lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation de moins de 2 jours mais avec une nuit.

Par contre dès que l'hospitalisation est supérieure à 2 jours de calendrier, l'acte d'endoscopie n'est plus classant puisque le GHM (CMD 06 ou 07) est déterminé par le Diagnostic Principal. De ce fait, la valorisation de l'acte est « noyé » dans le tarif global du GHM d'hospitalisation.

| *GHS* | *GHM* | *Groupage V10* | *Acte plus courant* | *tarifs* | *# avec K FSO* |
|---|---|---|---|---|---|
| 8327 | 24K24Z | Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours | CPRE+ lith VBP | 1 082,04 € | 648,04 € |
| 8328 | 24K25Z | Autres endoscopies biliaires : séjours de moins de 2 jours | EUS biliopanc. avec anesth. | 435,51 € | 170,15 € |
| 8329 | 24K26Z | Endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours | polypectomie Colo T | 480,70 € | 170,70 € |
| 8330 | 24K27Z | Endoscopies digestives thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | polypectomie RSS Gastroscopie avec ablation CE | 456,69 € | 423,69 € |
| 8331 | 24K28Z | Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours | coloscopie totale | 375,09 € | 114,69 € |
| 8331 | 24K28Z | Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours | EUS tube digest | 375,09 € | 146,93 € |
| 8332 | 24K29Z | Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | Gastroscopie Rectosigmoidoscopie | 118,41 € | 85,41 € |
| *GHS 9600* | *GHM* | *Acte nécessitant secteur opératoire* | *Acte plus courant* | *tarifs* | *# avec K FSO* |
| 9600 | 24K25Z | Autres endoscopies biliaires : séjours de moins de 2 jours | EUS biliopanc. anesth. | 75,00 € | 20,88 € |
| 9600 | 24K27Z | Endoscopies digestives thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | polypectomie RSS | 75,00 € | 42,00 € |
| 9600 | 24K29Z | Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | Gastroscopie Rectosigmoidoscopie | 75,00 € | 42,00 € |

# REMISE DES PRIX SFED/TAKEDA CONCERNANT LES MEILLEURS POSTERS SUR L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE LORS DES JOURNÉES FRANCOPHONES À PARIS LE 3 AVRIL 2006

**Les prix posters ont été délivrés par le conseil scientifique de la SFED grâce au soutien des laboratoires Takeda pour un montant de 1525 euros par prix**



N. OUMNIA : Dilatation des sténoses caustiques œsophagiennes de l'adulte : à propos de 127 cas. Gastroenterol. Clin. Biol. 2005, 29, A 31.

P. POTIER : Efficacité et complications de la technique d'infundibulotomie au cours du cathétérisme des voies biliaires. Gastroentérol. Clin. Biol. 2005, 29, A 51.

S. HENRION : Evolution à long terme des tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses du pancréas limitées aux canaux secondaires. Gastroentérol. Clin. Biol. 2005, 29, A 134.

A. CHARACHON : Endoprothèse ou chirurgie dans la prise en charge en urgence des cancers coliques métastatiques en occlusion. Gastroentérol. Clin. Biol 2005, 29, A 200.

Absent à la remise des prix - S. LECLEIRE : Double prothèse œsophagienne et trachéale chez les malades atteints de cancer de l'œsophage localement avancé : faisabilité, efficacité et complications. Gastroentérol. Clin. Biol. 2005, 29, A 126.

VIDEO-DIGEST
2006
2-3
NOVEMBRE
2006
DEMONSTRATIONS
D'ENDOSCOPIES
EN DIRECT DE L'HOPITAL
SAINT JOSEPH, MARSEILLE
ATELIERS
ETAT DE L'ART
EN ENDOSCOPIE
CONSEIL SCIENTIFIQUE :
M. BARTHET, C. BOUSTIERE, C. CELLIER,
B. CROGUENNEC, R. LAUGIER, G. LESUR,
J.C. LETARD, P. LEVY, T. PONCHON,
D. SAUTEREAU, B. VEDRENNE
FORMATION
MEDICALE
CONTINUE
EN HEPATO-GASTROENTEROLOGIE
Palais des Congrès - Paris
Programme définitif
3-4
NOVEMBRE
2006
ème
16 SEMINAIRE de FORMATION de la SNFGE
RESPONSABLES SCIENTIFIQUES :
L. BUSCAIL, J.B. NOUSBAUM,
Y. BOUHNIK, P. HAMMEL,
L. PALAZZO
PRISE EN
CHARGE
DES MICI
SITUATIONS
DIFFICILES EN
PANCREATOLOGIE
ACTUALITES
THERAPEUTIQUES
EN HEPATOLOGIE
SNFGE

## Jeudi 2 Novembre

**08h00** Accueil des participants au 17e VIDEO-DIGEST

**08h30** Introduction : B. NAPOLEON (Lyon), Président de la SFED

**08h45** **DEMONSTRATIONS EN DIRECT DE L'HOPITAL SAINT JOSEPH DE MARSEILLE**
*avec le soutien de OLYMPUS, FUJINON, PENTAX, BOSTON SCIENTIFIC, COOK ENDOSCOPY, GIVEN IMAGING, LIFE PARTNERS EUROPE, AXCAN PHARMA, HELIOSCOPIE*

***Responsables :*** C. BOUSTIERE (Marseille), R. LAUGIER (Marseille)

***Modérateurs :*** D. HERESBACH (Rennes), J. LAPUELLE (Toulouse), J.C. SAURIN (Lyon)

***Opérateurs :*** M. BARTHET (Marseille), Y. BOUHNIK (Paris), D. COUMAROS (Strasbourg), R. DUMAS (Monaco), M. GIOVANNINI (Marseille), L. PALAZZO (Paris), B. RICHARD-MOLARD (Bordeaux)

**11h00** Pause

**11h15** Reprise des démonstrations en direct

**12h30** Visite de l'exposition et buffet

**14h00** Reprise des démonstrations en direct de l'hôpital Saint Joseph de Marseille

***Opérateurs :*** M. BARTHET (Marseille), Y. BOUHNIK (Paris), D. COUMAROS (Strasbourg), R. DUMAS (Monaco), M. GIOVANNINI (Marseille), L. PALAZZO (Paris), B. RICHARD-MOLARD (Bordeaux)

***Modérateurs :*** B. CROGUENNEC (Limoges), D. SAUTEREAU (Limoges), G. TUCAT (Paris)

**16h00** Pause

**16h30** Module : Etat de l'Art en Endoscopie

***Modérateurs :*** C. CELLIER (Paris), J.C. LETARD (Poitiers), B. PUJOL (Lyon)

Les gastrites : comment réagir devant une gastrite ? Aspects endoscopiques et corrélations histologiques J.C. DELCHIER (Paris), C. COPIE-BERGMAN (Paris) ; cas cliniques : J. BOYER (Angers)

Les polyposes coliques : rôle de l'endoscopie et de la chromoendoscopie ; pour quels patients demander un conseil génétique ? - T. LECOMTE (Tours)

La nasogastroscopie : place actuelle et future dans l'arsenal endoscopique ; pourquoi se développe-t-elle lentement ? - J. DUMORTIER (Lyon), A. de LEUSSE (Lyon)

**17h50** Le point sur les explorations morphologiques de l'intestin grêle en 2006 (vidéo-capsule, entéroscopie, entéroscanner, ...) - M. DELVAUX (Nancy)

## Symposia *(en simultané)*

**18h15 - 18h35** Symposium FUJINON :
*"Comment les nouvelles technologies peuvent favoriser le diagnostic..."*

**18h35 - 19h15** Symposium OLYMPUS :
*"Avancées technologiques en endoscopie digestive"*

**18h30 - 19h30** Symposium BAYER SANTÉ FAMILIALE :
*"La Vidéo-capsule en 2006. Questions pratiques"*

## Vendredi 3 Novembre

**08h00** **SESSIONS ATELIERS**
**1re session : 08h00 - 09h00 / 2e session : 09h00 - 10h00**

T2A et endoscopie - B. CROGUENNEC (Limoges), J.P. DEYMIER (Toulouse)

Mucosectomie et polypectomie - T. BARRIOZ (Poitiers), D. COUMAROS (Strasbourg)

Prothèses et dilatation - R. LAUGIER (Marseille), J.C. LETARD (Poitiers)

L'organisation d'un centre d'endoscopie - P. AMOUYAL (Paris), S. CHAUSSADE (Paris), P. LEVY (Strasbourg), J.F. ROQUES (Angers)

L'endoscopie d'urgence - G. LESUR (Boulogne-Billancourt), J.P. ARPURT (Avignon), B. VEDRENNE (Mulhouse)

L'évaluation des pratiques professionnelles - E. DORVAL (Tours), P. CABARROT (Paris), B. NAPOLEON (Lyon)

Petit matériel en endoscopie - J. ESCOURROU (Toulouse), J. LAPUELLE (Toulouse)

Désinfection et matériovigilance - B. MARCHETTI (Marseille), B. POZZETTO (Saint-Etienne), C. BOUSTIERE (Marseille)

**10h00** Pause

**10h30** **A propos du direct :** analyse et discussion des cas cliniques présentés

***Modérateurs :*** J.P. ARPURT (Avignon), J. CASSIGNEUL (Toulouse), G. LESUR (Boulogne-Billancourt), M. PELLETIER (Bourgoin Jallieu), T. PONCHON (Lyon)

***Intervenants :*** M. BARTHET (Marseille), Y. BOUHNIK (Paris), C. BOUSTIERE (Marseille), D. COUMAROS (Strasbourg), R. DUMAS (Monaco), M. GIOVANNINI (Marseille), L. PALAZZO (Paris), B. RICHARD-MOLARD (Bordeaux)

**12h20** Remise des bourses de recherche SFED / ASTRAZENECA

**12h30** Assemblée Générale de la SFED

**12h45** Visite de l'exposition et buffet

VIDEO-DIGEST 2006

## Vendredi 3 Novembre

**13h00** Accueil des participants au 16e SÉMINAIRE de FORMATION de la SNFGE

**13h45** Introduction et Pré-test : E. DORVAL (Tours), Secrétaire Général de la SNFGE

**SITUATIONS DIFFICILES EN PANCREATOLOGIE**

***Responsables / Modérateurs :*** L. BUSCAIL (Toulouse), L. PALAZZO (Paris), P. HAMMEL (Clichy)

**14h00** Lésions kystiques pancréatiques de découverte fortuite - B. NAPOLEON (Lyon)

**14h30** Bilan de résécabilité du cancer pancréatique :
Le point de vue du gastroentérologue - M. BARTHET (Marseille)
Le point de vue du chirurgien - V. MOUTARDIER (Marseille)

**15h00** Antiobiothérapie et nutrition entérale au cours de la pancréatite aiguë - P. LEVY (Clichy)

**15h30** Pause

**15h55** Remise du Prix de Recherche en Hépato-Gastroentérologie BEAUFOUR IPSEN PHARMA

**16h00** Quels examens devant une pancréatite nonA-nonB ? - L. BUSCAIL (Toulouse)

**16h30** Traitements néo-adjuvant et adjuvant du cancer du pancréas - P. HAMMEL (Clichy)

**17h00** Cas clinique : tumeur endocrine pancréatique - G. CADIOT (Reims)

**17h30** Clôture du 17e VIDEO-DIGEST

## 18h00 - 20h00

**SÉMINAIRE NATIONAL DES D.E.S. DE GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE 2006**
Organisé par la Collégiale des Universitaires en Hépato-Gastroentérologie (CDU - HGE)

***Introduction :*** J.F. BRETAGNE (Rennes), E. DORVAL (Tours), B. NAPOLEON (Lyon)

***Intervenants :*** J.F. BRETAGNE (Rennes), B. NALET (Montélimar), F. DEVULDER (Reims), D. SAUTEREAU (Limoges)

## Samedi 4 Novembre

**ACTUALITES THERAPEUTIQUES EN HEPATOLOGIE**

***Responsables / Modérateurs :*** L. BUSCAIL (Toulouse), J.B. NOUSBAUM (Brest)

**08h30** Comment traiter les patients non répondeurs à la bithérapie antivirale C ?
D. GUYADER (Rennes)

**09h00** Le traitement de l'hépatite B : stratégies actuelles - S. POL (Paris)

**09h30** Peut-on traiter la stéato-hépatite non alcoolique ? - V. RATZIU (Paris)

**10h00** Pause

**10h25** Remise de la bourse SANOFI AVENTIS

**10h30** Place du TIPS dans l'ascite réfractaire du cirrhotique - J.M. PERON (Toulouse)

**11h00** Le traitement percutané du carcinome hépato-cellulaire.
Quelle technique choisir ? M. GIOVANNINI (Marseille)

**11h30** Cas clinique : une hépatite - J.C. DUCLOS VALLEE (Paris)

**12h00** Visite de l'exposition et buffet

**PRISE EN CHARGE DES MICI**

***Responsables / Modérateurs :*** Y. BOUHNIK (Paris), L. BUSCAIL (Toulouse)

**13h00** Sténose iléale - Y. BOUHNIK (Paris)

**13h30** Maladie de Crohn cortico-dépendante - M. LEMANN (Paris)

**14h00** Proctite réfractaire - P. SEKSIK (Paris)

**14h30** Remise de la bourse du QUOTIDIEN DU MÉDECIN
et des bourses Robert TOURNUT et Etienne LEVY

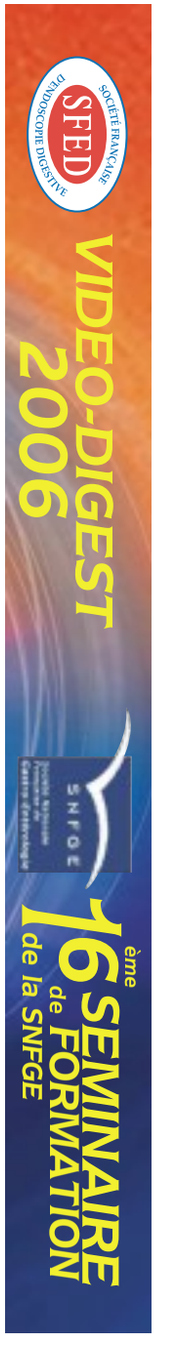
**14h35** Rectocolite hémorragique grave - F. CARBONNEL (Besançon)

**15h00** Fistules ano-périnéales réfractaires - P. ATIENZA (Paris)

**15h30** Cas clinique : dégénérescence colique au cours des MICI - P. BULOIS (Lille)

**16h00** Post-test et réponses

**16h15** Clôture du 16e Séminaire de Formation en Hépato-Gastroentérologie de la SNFGE




Lettre de la SFED Numéro 33 - Octobre 2006

# RÉUNIONS SOUS L'ÉGIDE DE LA SFED

## VIDÉO-DIGEST

**Paris (France), Palais des Congrès,
2-3 novembre 2006**

*Secrétariat technique :*

Hélène FOURNIER
96, boulevard du Montparnasse - 75014 Paris
Tél. +33 (0)1 42 79 06 35 - Fax +33 (0)1 42 79 06 51
e-mail secretariat@sfed.org

*Inscriptions :*

BCA
6, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy Cedex
Tél. +33 (0)1 41 06 67 70 - Fax +33 (0)1 41 06 67 79
e-mail contact@b-c-a.fr
Web www.b-c-a.fr

## 9e JOURNÉE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DU LIMOUSIN : ÉTAT DE L'ART EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE

**Limoges (France), Hôtel de Région,
25 novembre 2006**

*Organisateur :*

Professeur Denis SAUTEREAU
Hôpital Dupuytren - 2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges Cedex
Tél. +33 (0)5 55 05 66 32 / +33 (0)5 55 05 66 20 - Fax +33 (0)5 55 05 66 30
e-mail denis.sautereau@unilim.fr

*Renseignements / Inscriptions :*

Nathalie JEAN
Laboratoires AstraZeneca
GSM +33 (0)6 87 12 91 83
e-mail nathalie.jean-astrazeneca@wanadoo.fr

Docteur François CESSOT
Service d'Hépato-Gastro-Entérologie du CHU de Limoges
GSM +33 (0)6 21 04 47 23
e-mail fcessot@yahoo.fr

Docteur Franck DUMEIRAIN
Webmaster de la SFED
GSM +33 (0)6 81 45 97 64
e-mail webmaster@sfed.org

## 19e COURS INTENSIF EUROPÉEN EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE DE LA SMIER

**Strasbourg (France), Hôtel Sofitel,
15-16 décembre 2006**

*Organisation scientifique :*

Professeur Gérard GAY / Docteur Michel DELVAUX
Service de Médecine Interne J - Hôpital de Brabois - Allée du Morvan - 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. +33 (0)3 83 15 43 66 - Fax +33 (0)3 83 15 40 12
e-mail g.gay@chu-nancy.fr / m.delvaux@chu-nancy.fr

*Informations / Inscriptions :*

ALEOU / Meeting-pro
5, allée des Acacias - 77100 Mareuil-les-Meaux
Tél. +33 (0)1 64 33 33 33 - Fax +33 (0)1 64 33 40 31
e-mail congres@meeting-pro.com
Web www.meeting-pro.com

## RÉUNION DU CLUB FRANÇAIS D'ÉCHO-ENDOSCOPIE DIGESTIVE AVEC LA PARTICIPATION DU CLUB BELGE D'ÉCHO-ENDOSCOPIE

**Marseille (France), Hôtel Sofitel Palm Beach,
19 janvier 2007**

*Informations / Inscriptions :*

ALEOU / Meeting-pro
5, allée des Acacias - 77100 Mareuil-les-Meaux
Tél. +33 (0)1 64 33 33 33 - Fax +33 (0)1 64 33 40 31
e-mail congres@meeting-pro.com
Web www.meeting-pro.com

## 9e JOURNÉE DE RÉFLEXION SUR L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN FRANCE

**Marseille (France), Hôtel Sofitel Palm Beach,
20 janvier 2007**

*Organisation scientifique :*

Professeur Gérard GAY
Service de Médecine Interne J - Hôpital de Brabois - Allée du Morvan - 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. +33 (0)3 83 15 43 66 - Fax +33 (0)3 83 15 40 12
e-mail g.gay@chu-nancy.fr

*Informations / Inscriptions :*

ALEOU / Meeting-pro
5, allée des Acacias - 77100 Mareuil-les-Meaux
Tél. +33 (0)1 64 33 33 33 - Fax +33 (0)1 64 33 40 31
e-mail congres@meeting-pro.com
Web www.meeting-pro.com

**JOURNÉES FRANCOPHONES DE PATHOLOGIE DIGESTIVE**

**Lyon (France), Palais des Congrès, 17-21 mars 2007**

*Organisation :*

SNFGE - ACHBT - CHDH - SFCD - SFED - SIAD - SNFCP - FMC-HGE.

*Informations :*

Secrétariat de la SNFGE
CHU Trousseau - 37044 Tours Cedex 01
Tél. +33 (0)2 47 48 23 01 - Fax +33 (0)2 47 48 23 02
e-mail secretariat.tours@snfge.org

*Inscriptions :*

BCA
6, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy Cedex
Tél +33 (0)1 41 06 67 70 - Fax +33 (0)1 41 06 67 79
e-mail contact@b-c-a.fr
Web www.b-c-a.fr

**INTERVENTIONAL GI ENDOSCOPY TECHNIQUES**

**Strasbourg (France), IRCAD/EITS, mai 2007**

*Organisateur / Renseignements / Inscriptions :*

Docteur Dimitri COUMAROS
IRCAD/EITS
Hôpitaux Universitaires
1, place de l'Hôpital - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. +33 (0)3 88 11 90 00 - Fax +33 (0)3 88 11 90 99
e-mail info@eits.fr
Web www.eits.fr

## Devenez membre de la SFED

Adressez

- une lettre de candidature
- deux lettres de parrains membres de la SFED
- un curriculum vitae au :

*Secrétariat de la SFED*

96, bd du Montparnasse
75014 Paris

**Votre élection vous permettra de faire partie de la plus importante Société Scientifique d'Endoscopie Digestive d'Europe.**

**La cotisation à jour de la SFED permet de recevoir *Endoscopy, Acta Endoscopica* et d'obtenir une réduction sur l'inscription à *Vidéo-Digest*.**

***La Lettre de la SFED* est éditée par la Société Française d'Endoscopie Digestive**

Directeur de la publication :
Bertrand Napoléon

Rédacteur en Chef :
Jean-Marc Canard

Secrétariat de rédaction :
Hélène Fournier
96, bd du Montparnasse
75014 Paris

N° ISSN : 16235762

**Document réalisé avec le soutien des laboratoires TAKEDA**

# Ogastoro
lansoprazole

## comprimé orodispersible

# L'IPP à prise rapide

*Signé Takeda*

**OGASTORO® 15 mg, comprimé orodispersible. OGASTORO® 30 mg, comprimé orodispersible. COMPOSITION :** lansoprazole 15 mg ou 30 mg pour 1 cp orodispersible. Excipients à Effet Notoire : aspartam, lactose. **DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques : • OGASTORO® 15 mg :** - Trait. symptomatique du RGO, associé ou non à 1 œsophagite. - Trait. d'entretien et prév. des récidives des œsophagites par RGO. - Trait. d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez lesquels l'éradication n'a pas été possible. - Trait. prév. des lésions gastro-duodénales induites par les AINS chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastro-duodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable. **• OGASTORO® 30 mg :** - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale. - Ulcère duodénal évolutif. - Ulcère gastrique évolutif. - Œsophagite érosive ou ulcérative symptomatique par RGO. - Syndrome de Zollinger-Ellison. - Trait. des lésions gastro-duodénales induites par les AINS lorsqu'ils sont indispensables. **Posologie et mode d'administration : Posologie :** OGASTORO® 15 mg - Trait. symptomatique du RGO : 15 mg/j. Durée initiale du trait. : 4 à 6 sem. Par la suite, si les symptômes récidivent, un trait. intermittent ou à la demande pourra être administré en fonction des symptômes. - Trait. d'entretien et prév. des récidives des œsophagites par RGO : 15 mg/j et, si nécessaire, 30 mg/j. - Trait. d'entretien des ulcères duodénaux : 15 mg/j.- Trait. préventif des lésions gastroduodénales induites par les AINS chez les patients à risque : 15 mg/j. ctj : 0,76 à 0,78 € (1 comprimé) ; 1,52 à 1,56 € (2 comprimés). OGASTORO® 30 mg - Eradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale : Sont recommandés, les schémas posologiques suivants : · soit, 30 mg matin et soir + clarithromycine 0,5 g matin et soir + amoxicilline 1 g matin et soir, pendant 7 j. · soit, 30 mg matin et soir + clarithromycine 0,5 g matin et soir + métronidazole ou tinidazole 0,5 g matin et soir, pendant 7 j. · soit, en alternative aux schémas précédents, 30 mg matin et soir + amoxicilline 1 g matin et soir + métronidazole ou tinidazole 0,5 g matin et soir pendant 7 j. L'efficacité du trait. dépend du respect de la prise de la trithérapie durant les 7 j. - Ulcère duodénal évolutif : 30 mg/j, 4 sem. - Ulcère gastrique évolutif : 30 mg/j, 4 à 6 sem. - Œsophagite par RGO : 30 mg/j, 4 sem. + éventuelle seconde période de 4 sem. à la même posologie. - Syndrome de Zollinger-Ellison : la posologie initiale recommandée est de 60 mg de lansoprazole 1 fois/j. La posologie doit être ajustée individuellement et le trait. poursuivi aussi longtemps que nécessaire cliniquement. Pour des posologies supérieures à 120 mg/j, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises. - Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les AINS : 30 mg/j pendant 4 à 8 sem. ctj : 1,41 à 1,47 € (1 comprimé) ; 2,81 à 2,94 € (2 comprimés). **Mode d'administration* :** Voie orale Les cp ne doivent être ni croqués, ni mâchés. **Contre-indications :** - Allergie au lansoprazole. - Phénylcétonurie (en raison de la présence d'aspartam). **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi. Mises en garde :** Comme les autres anti-sécrétoires gastriques, le lansoprazole favorise le développement de bactéries intragastriques par diminution du volume et de l'acidité du suc gastrique. La survenue d'une diarrhée persistante au cours des 1ers mois de trait. doit faire évoquer une colite (cf. « effets indésirables ») et conduire à interrompre le trait. En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase. **Précautions d'emploi* :** En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement. - *Insuffisance hépatique* : après prise unique chez le cirrhotique, l'élimination est ralentie : ne pas dépasser 30 mg/j. - *Insuffisance rénale* : aucun ajustement de doses nécessaire. - *Chez l'enfant* : efficacité et tolérance du lansoprazole non étudiées. - *Chez le sujet âgé* : aucun ajustement de doses nécessaire. Interactions médicamenteuses* : Associations à prendre en compte : + Itraconazole, kétoconazole. **Grossesse et allaitement. Grossesse* :** A l'exception d'indications très restreintes et validées, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. **Allaitement* :** Utilisation à éviter au cours de l'allaitement. **Effets indésirables :** - rares cas de diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, possibilité de survenue de colite, généralement microscopique (collagène ou lymphocytaire), régressant le plus souvent à l'arrêt du trait. ; - rares cas de céphalées et exceptionnellement sensations de vertiges ; - très rares cas de prurit, rash cutané, syndrome de Stevens-Johnson ou nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell) ; - très rares cas d'atteintes hépatiques biologiques et/ou cliniques, y compris ictères ; - cas isolés de thrombopénie, leucopénie et d'agranulocytose ; - très rares cas de réactions de type anaphylactique (urticaire, angio-œdème, exceptionnellement choc anaphylactique) ; - rares cas de gynécomasties ; - exceptionnelles hyponatrémies signalées, en particulier chez le sujet âgé. **Surdosage* :** Trait. symptomatique. **Propriétés pharmacodynamiques*** : INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS, Code ATC A02BC03 (A : appareil digestif et métabolisme). **Propriétés pharmacocinétiques* : DONNEES PHARMACEUTIQUES* : NUMERO(S) D'AMM :** OGASTORO® 15 mg (25/07/2005) 368 716-7 : BT/14 - PPTTC : 10,94 € - 368 717-3 : BT/28 - PPTTC : 21,33 €. OGASTORO® 30 mg (25/07/2005) 368 713-8 : BT/14 - PPTTC : 20,57 € - 368 714-4 : BT/28 - PPTTC : 39,36 €. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste II. Remb Sec Soc 65% Agréé collect. **TITULAIRE : Laboratoires TAKEDA** - 11-15, quai de Dion Bouton 92816 Puteaux cedex. Info médicale et pharmacovigilance : Tél : 01 46 25 12 00. **MISE A JOUR :** Octobre 2006. * Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.

ALL BLACKS Photographe Eric sauvage

Takeda